

Ein aggressiver Patient in meinem Dienst

Teil 2: Behandlung von und Umgang mit Aggression im klinischen Setting

Sarah Schiebler, Thomas Müller

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD Bern

Quintessenz

- Das Erkennen von Frühwarnzeichen, Erheben einer Risikoeinschätzung bei Eintritt und der professionelle Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen können zu Schadensbegrenzung und geringerem Verletzungsrisiko bei Patienten, Angehörigen und medizinischem Personal beitragen.
- Nicht zögern bei pharmakotherapeutischen und nichtmedikamentösen, der Sicherheit dienenden Massnahmen gegen Gewalt und Aggression.
- Bei selbst- und fremdaggressivem Verhalten werden Krisengespräch und Kriseninterventionsmassnahmen in der Regel durch einen psychiatrischen Dienst, auf der psychiatrischen Abteilung Isolations- und Zwangsmassnahmen ausgeführt.
- Bei Selbst- und Fremdgefährdung im Rahmen einer psychischen Störung und/oder Intoxikation können die Anordnung einer fürsorglichen Unterbringung und Einweisung in eine psychiatrische Klinik in Begleitung der Sanität und/oder Polizei erforderlich sein.
- Die Teilnahme an Kursen für Aggressionsmanagement ist insbesondere für Personal von Psychiatrie und Notfallzentren empfohlen.

Einführung

Im zweiten Teil des Artikels «Ein aggressiver Patient in meinem Dienst» geben wir eine Übersicht über den Umgang mit aggressivem Verhalten, dessen Therapie und zu rechtlichen Aspekten bei selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten im stationären und ambulanten Behandlungssetting.

Frühwarnzeichen

Erste Signale können wenige Minuten vor einer eskalierenden Gewaltsituation auftreten und sind durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet: feindselige Grundstimmung, lautes und schnelles Sprechen, verbale Bedrohung und Beschimpfung, hohe allgemeine und unangenehme Aktivität, starrer Blickkontakt, bedrohliche Haltung und Gesten, geringe Distanz zwischen Personen, Gewalt gegen Gegenstände, Verwirrtheit, Halluzinationen und Wahn [1, 2].



Sarah Schiebler

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Aggressionsmanagement

In Theorie

Im Sinne des nach Marshall Rosenberg entworfenen Konzepts der gewaltfreien Kommunikation ist beim Kon-

takt mit einem aggressiven Patienten zum Aufbau einer wertschätzenden Beziehung an folgende Elemente zu denken: Beobachten, ohne zu bewerten, Empathie für sich und das Gegenüber zeigen, eigene Gefühle wahrnehmen und ausdrücken, Bitten und Bedürfnisse klar und ruhig formulieren [3].

Bei Betrachtung der Angriffsphasen nach Breakwell ist die Verhinderung bzw. Abmilderung einer aggressiven Auseinandersetzung am ehesten durch Kontaktaufnahme und Intervention in der Trigger- und frühen Eskalationsphase zu erreichen [4]. Der Ablauf einer Deeskalation kann dabei folgendermassen aussehen:

1. Der Patient drückt seinen Ärger aus;
2. der Arzt erkennt das Problem an;
3. er drückt sein Verständnis aus und versucht sich in den Patienten hineinzusetzen;
4. er erklärt die Gründe, warum bestimmte Forderungen nicht erfüllt werden können, und
5. er macht einen Kompromissvorschlag.

Ein weiteres Instrument zur Vorhersage aggressiven Verhaltens stellt die Risikoeinschätzung mittels modifizierter Fragebögen und Skalen dar, die bei Eintritt durch das Pflege- und ärztliche Personal ausgefüllt werden können [5]. Zudem sollte das medizinische Personal regelmässig an Kursen für Deeskalationstraining teilnehmen [6].

Pharmakotherapie

Generell wird empfohlen, mehrere Targets (Dopamin-, 5-HT-, GABA-Rezeptoren) in der Pharmakotherapie der pathologischen Aggressivität anzuvisieren. Atypische Antipsychotika haben sich nach aktueller Studienlage in der längerfristigen Behandlung von Aggressivität gut bewährt, vor allem im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen. Hierzu sind beispielsweise zu nennen: Clozapin und Aripiprazol. Clozapin wird in der Behandlung von Psychosen, oft bei einer therapieresistenten Schizophrenie, eingesetzt. Hierbei zeigten sich für die orale Einnahme gute antiaggressive Effekte, in einzelnen Studien bessere als für andere Antipsychotika; zudem wurden in der langfristigen Behandlung weniger häufig aggressive Verhaltensweisen beobachtet. Für die vorwiegend partiell agonistische Wirkweise von Aripiprazol an 5-HT_{1A}- und D₂-Rezeptoren wurden in mehreren Studien bei Patienten mit verschiedenen psychiatrischen

In dem vorliegenden Artikel bezeichnet der Ausdruck «Patient» und «Arzt» gleichermassen Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte.


Erkrankungen (Schizophrenie, Autismus und emotional instabile Persönlichkeitsstörung) antiaggressive und beruhigende Effekte beobachtet. Dies liess sich sowohl bei kontinuierlicher oraler Verabreichung als auch bei intramuskulärer Gabe in der Akutphase feststellen, mit einem geringeren Risiko für Diabetes und kardiovaskuläre Nebenwirkungen. Des Weiteren wurde – unter Vorbehalt, da ergänzend Doppelblindstudien erforderlich sind – eine Kombination aus Clozapin und Antikonvulsiva in besonders schweren und resistenten Fällen von aggressiver Gewalt als günstig erachtet [7]. Viele Untersuchungen sprechen auch für den Einsatz von Benzodiazepinen, die direkt wirken, aber auch von Antikonvulsiva (z.B. Valproat, Phenytoin, Carbamazepin), die indirekt eine GABAerge Neurotransmission steigern und hierdurch eine überwiegend zentrale Dämpfung und Verminderung aggressiver Tendenzen erzielen können [8]. In einer Studie mit Gefängnisinsassen zeigte sich bei denjenigen, die impulsiv aggressiv waren, eine Verminderung der Anzahl und Schwere von Gewaltakten unter einer Medikation mit Phenytoin, während bei anderen nichtimpulsiv aggressiven Insassen dies nicht zu beobachten war. Auch eine Behandlung mit Lithium alleine sowie in Kombination mit Antikonvulsiva oder atypischen Antipsychotika zeigte gute antiaggressive Effekte [7]. Eine aktuelle schwedische Studie, die als Endpunkt schwere Gewaltakte bei psychisch erkrankten Patienten definierte, zeigte, dass sich bei Patienten mit einer Schizophrenie unter antipsychotischer Behandlung weniger Gewaltverbrechen feststellen liessen, jedoch interessanterweise in Kombination mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten (wie Valproat, Carbamazepin, Lithium etc.) im Verlauf keine Minderung des Gewalttrisikos auftrat. Bei Patienten mit bipolaren affektiven Störungen korrelierte hingegen der Einsatz von Antipsychotika mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten mit einer Reduktion von schweren Gewaltakten [9].

Bei Psychose mit Agitation werden die klassischen (z.B. Haloperidol) oder atypischen Antipsychotika (z.B. Olanzapin und Risperidon) häufig parenteral und in Kombination mit Benzodiazepinen verabreicht. Hierzu zeigte sich in einer aktuellen Studie aus unserem Hause, dass nach oraler Gabe eines der drei Antipsychotika (Haloperidol, Olanzapin oder Risperidon) in gleicher Weise eine rasche Beruhigung innerhalb von zwei Stunden zu beobachten war. Hinsichtlich Monotherapie oder Kombination mit Benzodiazepinen und/oder Risperidon waren keine wesentlichen Unterschiede festzustellen, jedoch ein Geschlechtsunterschied mit einem besseren Ansprechen auf die Medikation bei männlichen Patienten [10].

In praxi: auf dem Notfall und der Station

Neben den psychiatrischen und gemeindenahen Einrichtungen kommen die häufigsten aggressiven Auseinandersetzungen auf der Notfallaufnahme vor. Aggressionen gehen dabei typischerweise (in 65% der Fälle) von jungen, drogenintoxikierten Patienten aus [11]. Mögliche direkte Auslöser der Aggressivität können einfache Berührungen, bestimmte Worte, schlechte Nachrichten und situative Verknennung (bei Drogenintoxikation oder psychotischer Exazerbation), Stemmen der Arme in die Hüfte des Personals und/oder eine Annäherung an den

Patienten sein [1]. Lange Wartezeiten können zu Gespannt- und Gereiztheit führen, die sich oft in aggressiven verbalen Äusserungen gegenüber dem Empfangspersonal entlädt [11]. Man sollte auf erste Anzeichen achten (wie oben beschrieben), möglichst Kontakt aufnehmen durch Ansprechen mit Namen, den Vorschlag machen, den Ort zu wechseln (in einen Raum zu gehen), Platz anbieten, offene Fragen stellen («Was geht gerade in Ihnen vor? Was verärgert oder belastet Sie im Moment? Was könnte Ihnen jetzt helfen, sich zu beruhigen?»), durch konkrete Fragen Ursachen und Beweggründe suchen («Was genau meinen Sie?»), eine wertschätzende Haltung einnehmen, offene Hände, eigene Gefühle und Verständnis zeigen [1].

In der Umgebung sollte darauf geachtet werden, die Fluchtwege offen zu halten, gefährliche Gegenstände und schaulustige Personen zu entfernen und bei alkoholintoxikierten Patienten die Begleiter (Freunde, Verwandte) zu bitten, den Raum zu verlassen [11]. In riskanten Fällen sollten Sicherheitsdienst und/oder Polizei und der psychiatrische Dienst hinzugerufen werden [6] (Tab. 1 ). Kurz vor einem aggressiven Ausbruch können Signale wie ein lautes «Stopp» und eine entgegengestreckte Hand die Aktion noch unterbrechen. Bei einem Gewaltausbruch sollte der Untersuchungsraum vom Arzt verlassen werden und im besten Fall über die Bedienung eines roten Knopfs von aussen abgeschlossen werden. In dem Moment wird der Untersuchungsraum zu einem Isolationszimmer umfunktioniert, die Aggression des wütenden Patienten kann sich so auf sich selbst und Gegenstände, aber nicht mehr gegen andere Personen richten. Ein Spiegelfenster gewährt eine für den Arzt wenig riskante und für den Patienten nicht zu erkennende Einsichtsmöglichkeit in den Raum. Bei selbstverletzendem Verhalten des Patienten ist ein Einschreiten jederzeit möglich. Sofern der aggressive Patient durch Krisengespräch und deeskalierende Massnahmen nicht zu beruhigen ist, werden Psychopharmaka eingesetzt. Für die «Rapid tranquilization» ist gerade bei alkohol- oder drogenintoxikierten Patienten der Einsatz von Haloperidol (5 bis 20 mg parenteral) wegen seines schnellen Wirkeintritts gut geeignet. Weniger bevorzugt in dieser Situation ist der Einsatz von Benzodiazepinen, weil wegen einer Toleranzentwicklung häufig hohe Dosen verabreicht werden müssen und gemeinsame atemdepressive Effekte den Zustand verschlechtern können [1]. Bei psychotischen Patienten wird üblicherweise ein aus der Vorgeschichte bekanntes Antipsychotikum gewählt, worauf der Patient ein gutes Ansprechen gezeigt hatte. In schwierigen Fällen kann es auch erforderlich sein, eine Narkose einzuleiten bzw. aufrechtzuerhalten [1]. Im Rahmen eines dementiellen Syndroms ist für die Behandlung von aggressivem Verhalten und psychotischen Symptomen neben dem Vermeiden von Ursachen (z.B. eine zu geringe Aktivität am Tag, ständiger Wechsel von Pflegepersonen, Blutdruckspitzen) Haloperidol (0,5 bis 1,5 mg) und Risperidon (0,5 mg) zugelassen. Dabei sind ein erhöhtes Risiko für extrapyramidale Nebenwirkungen, zerebrovaskuläre Ereignisse und Mortalität zu berücksichtigen, worüber auch der rechtliche Vertreter des Patienten aufgeklärt werden sollte. Der Einsatz von Benzodiazepinen ist auch

hier aufgrund der möglichen Zunahme von kognitiven Defiziten, Stürzen und Frakturen weniger gut geeignet [12].

Bei selbst- und fremdaggressiven Verhaltensweisen im Rahmen einer psychischen Störung ist die ärztliche Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung zu prüfen und gegebenenfalls durchzuführen. Diesbezüglich ist der Patient, falls aufgrund mangelnder Krankheits- und Behandlungseinsicht möglich, über den Einweisungsgrund zu informieren, über seine Rechte aufzuklären und in Begleitung der Polizei und Sanitätspolizei in die psychiatrische Klinik einzuweisen. Flüchtet der Patient aus dem Notfall, ist bei einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung eine Ausschreibung bei der Polizei und eine Gefährdungsmeldung bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) geboten.

Tabelle 1

Verschiedene Indikationen für ein psychiatrisches Konsilium im Notfall.

Ausführen eines Krisengesprächs und/oder einer Krisenintervention bei drohender Eskalation oder schwerer psychosozialer Belastungssituation

Abklärung der Suizidalität (z.B. bei Angabe von suizidalen Gedanken und Plänen, bei Selbstverletzungen in fraglich suizidaler Absicht, bei Inkongruenzen in der Erzählung und/oder Fremdanamnese, bei Hinweisen für frühere Suizidversuche des Patienten, Familienangehöriger oder nahestehender Personen)

Vorliegen einer psychischen Beschwerdesymptomatik (z.B. Psychose, Agitation) und Auftreten von selbst- und fremdgefährlichen Verhaltensweisen unmittelbar vor und/oder bei Eintritt bzw. während der Hospitalisation

Auf der Bewachungsstation und in der psychiatrischen Klinik

Bei Eintritt wird üblicherweise durch das Pflege- und ärztliche Personal mittels Fragebögen und Skalen (z.B. modifizierte Brøset-Gewalt-Checkliste) eine Risikoeinschätzung zu Gewaltpotential und Aggressivität ausgeführt [5]. Des Weiteren können bereits geschehene Aggressionseignisse nach Skalen, beispielsweise der *Staff Observation of Aggression Scale-Revised* (SOAS-R), für statistische Zwecke erfasst werden [13].

Isolieren

Sicherheitszellen oder Isolationszimmer sind auf Intensivstationen der Psychiatrie vorhanden. Sie zeichnen sich meist durch beruhigende Wandfarben, Fenster mit ausen angebrachten Gittern und Möbelstücken aus Schaumstoff aus und verfügen über keine Bestecke oder Gläser. Vor Betreten eines Zimmers sind potentiell selbst- und fremdgefährliche Kleidungsstücke und Gegenstände abzugeben.

Zwangsmassnahme

Zunächst ist der Patient über die erforderliche Durchführung einer Zwangsmassnahme aufzuklären. In der Regel wird der Zugriff mit sechs bis acht Personen durchgeführt. Es kann eine 4-, 5- oder 7-Punkte-Fixierung erfolgen oder aber das Einwickeln des Patienten in grosse Laken, aus denen er sich nach einer gewissen Zeit selbst befreien kann. Anschliessend verbleibt der Patient im Isolationszimmer.

Zwangsmedikation

Das Angebot einer oralen Medikation sollte der parentalen Gabe vorausgehen. Bei Gabe von Benzodiazepinen und Antipsychotika ist auch auf Nebenwirkungen zu achten, deshalb sind regelmässig Blutdruck-/Puls-/EKG- und Sichtkontrollen durchzuführen. Bei Entwicklung von extrapyramidalen Nebenwirkungen (z.B. Blick- und Schlundkrampf, dystone Haltungen und Bewegungen, Dyskinesien) kann eine orale oder intravenöse Gabe von Akineton erforderlich sein. Ärzte, die atemdepressive Medikamente verabreichen, müssen im Vorfeld Erste-Hilfe-Kurse (CPR, ILS) absolviert haben.

Die Zwangsmassnahme und Zwangsmedikation müssen protokolliert werden. Nach aggressiven Interaktionen und Zwangsbehandlungen sollte dem betroffenen Klinikpersonal wie auch dem Patienten die Möglichkeit zur Nachbesprechung eingeräumt werden. Dies wird in der Regel mit allen Betroffenen, dem Patienten und dem behandelnden Arzt am Folgetag und 10 bis 30 Tage nach dem aggressiven Akt durchgeführt und protokolliert.

Umgang nach aggressivem Akt

Eigene körperliche und psychische Traumen und/oder das Gefühl von Ohnmacht bzw. Hilflosigkeit können im Rahmen einer aggressiven Interaktion auftreten und in der Folge sogar als Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bestehen bleiben [14]. In jedem Fall sollten bei körperlichen Verletzungen (rechts-)medizinische Untersuchungen folgen (z.B. Blutuntersuchungen zum Ausschluss infektiöser Erkrankungen wie HIV

Tabelle 2

Praktisches Vorgehen bei und Umgang mit aggressivem Verhalten eines Patienten auf dem Notfall und der Station.

Procedere bei aggressiven Verhaltensweisen eines Patienten

Frühwarnzeichen erkennen

Empathie und Verständnis zeigen, Ruhe bewahren

Krisengespräch führen, nach Kompromissen suchen

Besucher und nichtbetroffene Personen hinausbitten, Platz schaffen

Angebot machen, ein Beruhigungsmittel einzunehmen (z.B. Temesta 0,5 bis 1 mg) und/oder einen Psychiater konsiliarisch hinzuzuziehen

Sicherheitspersonal beiziehen, eine Sitzwache organisieren


Bei drohender Eskalation die Polizei hinzuziehen, kein Heldentum!

Bei Selbst- und Fremdgefährdung im Rahmen einer psychischen Störung und/oder Alkohol-/Drogenintoxikation ein psychiatrisches Konsilium anfordern, ggf. werden das Anordnen einer fürsorgerischen Unterbringung und die Einweisung in eine psychiatrische Klinik in Begleitung der Sanitätspolizei und/oder Polizei notwendig

Bei selbst- oder fremdaggressivem Verhalten oder fehlender Krankheits- und Behandlungseinsicht (z.B. Verweigerung der Medikation) im Rahmen einer psychiatrischen stationären Behandlung können nach erfolgloser Krisenintervention eine Isolation und Zwangsmassnahme erforderlich sein

Besprechung nach einem aggressiven Akt mit Patienten und medizinischem Personal ermöglichen, ggf. eine Anzeige bei der Polizei durchführen

Angebot medizinischer Untersuchungen und einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung für die Betroffenen

und Hepatitiden, apparative Diagnostik, Fotodokumentation, im Falle von Vergewaltigung auch gynäkologische Untersuchungen etc.) und bei psychischen Problemen eine psychotherapeutische Betreuung angeboten werden. Zudem empfiehlt es sich, nach einem Gewaltakt eine Anzeige bei der Polizei durchzuführen (Tab. 2 .

Primär- und Sekundärprophylaxe

Zu den präventiven Massnahmen gehören im Allgemeinen Krisengespräche und psychopharmakologische Interventionen, jedoch auch Sicherheitsmassnahmen mit Video und Sicherheitspersonal, das Involvieren der Polizei und Aufstellen von Hinweisen, dass man sich juristische Massnahmen vorbehält [15]. Nachteile hierbei können viele Absperrmassnahmen sowie die Anwendung von Gewalt durch Sicherheitspersonal und Polizei sein [6]. Es kann weiter für die Arzt-Patienten-Beziehung schädigend sein [16], zu mangelnder Selbstreflexion und zum Ausschluss lästiger Patienten führen [6]. In grossen Kliniken sollten generell Kriseninterventionszentren eingeführt werden [11] und in jedem Raum Alarmierungseinrichtungen installiert sein [6].

Patienten, die gewalttätig sind (z.B. in der Ehe), können neben einzelspezifischen Behandlungen auch therapeutische Möglichkeiten in Gruppen angeboten werden.

Für Ärzte und Pflegefachangestellte werden Kurse in Aggressionsmanagement angeboten, die üblicherweise von Fachpersonal (in der Schweiz: Trainer des Vereins Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen, NAGS) angeleitet werden. Die Inhalte thematisieren unter anderem die theoretischen Grundlagen, Techniken für den kontrollierten Umgang mit Aggression und Gewalt, Kommunikation und Haltung, das Sicherheitsmanagement und das Erkennen der persönlichen Haltung und Fähigkeiten. Ein Basiskurs und eine regelmässige Teilnahme an Fortbildungskursen sind für psychiatrische Pflegefachangestellte, Assistenzärzte und Fachärzte in einer psychiatrischen Klinik obligatorisch. Auch Ärzte anderer Fachdisziplinen sollten die Möglichkeit erhalten, an diesen Angeboten teilnehmen zu können. Weiter sind regelmässig durchgeführte Supervisionen empfohlen, um Gewaltsituationen im klinischen Setting und selbst- und fremdaggressive Verhaltensweisen von Patienten zu besprechen [17].

Rechtliche Aspekte

Handlungs- und Urteilsfähigkeit

Die Handlungs- und Urteilsfähigkeit kann im Rahmen einer geistigen Behinderung, einer psychischen Störung oder schwerer Bewusstseinsstörung eingeschränkt sein (siehe weiterführende Informationen im Schweizerischen Zivilgesetzbuch vom 10.12.1907, Art. 16–19). Stellt sich im Rahmen der Hospitalisation eines Patienten die Frage nach der Urteilsfähigkeit, sollte in der Regel eine Beurteilung durch eine konsiliarische psychiatrische Untersuchung erfolgen.

Notwehr und Notstand

Eine Bedrohung oder einen Angriff darf der Angegriffene oder jeder andere Anwesende in angemessener Weise abwehren. Bei Überschreitung einer angemessenen Abwehr, die in Aufregung oder aus Gründen der Bestürzung über den Angriff passiert, spricht man von entschuldbarer Notwehr. Wenn man eine Straftat begeht, um sich oder andere Personen aus einer unmittelbaren, nicht abwendbaren Gefahr für Leib, Leben, Gut etc. zu retten, wird diese milder bestraft; bei Nichtzumutbarkeit handelt es sich um entschuldbaren Notstand (siehe Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21.12.1937, Art. 15–18, Stand 1.1.2014).

Fürsorgerische Unterbringung

Im Kanton Bern kann jeder Arzt mit Berufsausübungsbewilligung eine fürsorgerische Unterbringung eines Patienten anordnen, insofern die betroffene Person an einem Schwächezustand aufgrund einer psychischen Störung (dazu gehören auch Suchterkrankungen), einer geistigen Behinderung oder einer schweren Verwahrlosung leidet und aufgrund von Selbst- und/oder Fremdgefährdung die nötige Betreuung oder Behandlung nur durch eine Unterbringung in einer geeigneten Einrichtung sichergestellt werden kann. Die Ausführungsbestimmungen zur fürsorgerischen Unterbringung variieren dabei je nach Kanton.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Thomas Jörg Müller
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Murtenstrasse 21
CH-3010 Bern 10
[mueller\[at\]puk.unibe.ch](mailto:mueller[at]puk.unibe.ch)

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.